**FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del prestador de Servicio Social:** | | | | (1) | | | |  |  | |
| **Programa:** | | | | (2) | | | |  |  | |
| **Periodo de realización: (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |  | | | |  |  | |
| **Indique a que bimestre corresponde: (4)** | | | | Bimestre | | | |  | Reporte Final | |
|  | | | |  | | | |  |  | |
|  | | **Nivel de desempeño del criterio (5)** | | | | | | | |
| **#** | **Criterios a evaluar** | **Insuficiente** | | **Suficiente** | **Bueno** | **Notable** | | | **Excelente** |
| **1** | **Cumplí en tiempo y forma con las actividades encomendadas alcanzando los objetivos.** |  | |  |  |  | | |  |
| **2** | **Trabajé en equipo y me adapté a nuevas situaciones.** |  | |  |  |  | | |  |
| **3** | **Mostré liderazgo en las actividades encomendadas.** |  | |  |  |  | | |  |
| **4** | **Organicé mi tiempo y trabajé de manera proactiva.** |  | |  |  |  | | |  |
| **5** | **Interpreté la realidad y me sensibilicé aportando soluciones a la problemática con la actividad complementaria.** |  | |  |  |  | | |  |
| **6** | **Realicé sugerencias innovadoras para beneficio o mejora del programa en el que participa.** |  | |  |  |  | | |  |
| **7** | **Tuve iniciativa para ayudar en las actividades encomendadas y mostré espíritu de servicio.** |  | |  |  |  | | |  |
| **Observaciones: (6)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social (7)  C.c.p. Oficina de Servicio Social | | | | | | | | | |

**INSTRUCTIVO DE LLENADO POR EL ESTUDIANTE DEL FORMATO DE AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PRESTADOR DE SERVICIO SOCIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO** | **Descripción** |
| **1** | Anotar nombre completo del estudiante. |
| **2** | Anotar nombre del programa que le asignó la institución donde realizo su servicio social. |
| **3** | Anotar periodo del bimestre en el que presenta su reporte |
| **4** | Indicar el número de reporte que corresponde  1  Ejemplo: Reporte  / cuando ya sea la entrega de Reporte Final marque con X el recuadro de Reporte Final, Ejemplo  **X**  1 |
| **5** | Marcar la casilla correspondiente tomando en cuenta los criterios y autoevaluando objetivamente su desempeño. |
| **6** | Anotar si existe alguna observación. |
| **7** | Anotar el Nombre, No. de control y firma del prestador de Servicio Social. |